Menace d'accouchement prématuré Q162

Etiologies

- **Accouchement prématuré** = **AP** = entre 22 SA (discutable = 28 SA) et **36 SA + 6 jours** (< 37 SA) (36 SA révolues[Q])
- On distingue la prématurité spontanée et provoquée (interruption de la grossesse nécessaire en raison d'une pathologie maternelle ou fœtale). Seule la prématurité spontanée sera évoquée ici.
- Pathologie fréquente mais en régression (6% des accouchements et 20 % des grossesses => MAP)
- Pathologie grave :
  - Responsable de 80 % de la mortalité néonatale (J0 => J 28)
  - 20 à 30 % des prématurés décèdent par détresse repi (MMH)[D], par hémorragie intraventriculaire[D], par infection[D] par entérocolite nécrosante[Q], risque métabolique[Q] (HypoG, hypothermie, ictère)
  - Séquelles neurologiques à distance (psychomoteur / sensoriel) st d'autant + fqtes que l'âge gestationnel est faible
- **40 % st idiopathiques** et pr **60 %** on retrouve une cause voire plusieurs causes associées (ne st pas toutes prévisibles)

- **CAUSES MATERNELLES LOCALES**
  - **Malformation utérine**[Q] (hypoplasie, utérus bicorne (anomalie de fusion des canaux de Muller), cloisonné, unicorne)
  - **Anomalie acquise** (synéchies, fibromes, pas les utérus cicatriciels[Q])
  - **Béance cervico-isthmique**
    - **Acquise ++++ = traumatique** (curetage, IVG, conisation, accouchement = efforts expulsifs à dilatation incomplète.)
    - **Congénitale** : associé à d'autres malformations, exposition au distilbène
    - **Fonctionnelle** : béance seulement durant la grossesse par murissement anormalement précoce du col

- **CAUSES OVULAIRES = FŒTALE + PLACENTAIRE + AMNIOTIQUE**
  - **Causes fœtales**
    - **Grossesses multiples**[Q]: **>10 % des AP**, 50 % des géméllaires font des AP, terme moyen 36,5 SA (fdr important[Q])
    - **Malformations fœtales** entrainant un **hydramnios** (atrésie œsophage…) => hyperdistension utérine, modif.du col
    - **RCIU essentiel ou par toxémie gravidique =>** prématurité provoquée iatrogène (décision d'extraction fœtale)
  - **Causes placentaires**
    - **Placenta praevia**[Q] **(Q 021) =>** **10 % des AP** **;** soit par RPM, soit par extraction fœtale prématurée
    - **HRP (Q 021)**
  - **Causes induisant un hydramnios**[Q] cad une anomalie du volume de liquide amniotique
    - **Diabète, syphilis, atrésie œsophage, malformation cardiaque, gémellité, patho du cordon ombilical**
  - **Causes membranaires**
    - **Infection amniotique (hématogène ou ascendante)** provoque des contractions utérines
    - **RPM**
      - Par contamination bactérienne du pole inf.de l'œuf
      - Par présentations anormales (ex : présentation transverse)
      - Béance cervico-isthmique
      - Aucune cause
      - Nécessite déclenchement du W 2 à 3 jours après au max, si non déclenché spontanément = > risque contamination ovulaire[Q], prématurité[Q], Mort Fœtale IU, procidence du cordon[Q]

- **FACTEURS DE RISQUE GENERAUX**
  - **Médicaux**
    - **Atcd accouchement prématuré**[Q] **(fdr important)**[Q] **– Fausse couche spontanée**[Q] **– IVG à répétition**
    - **Parité**[Q] : primipare et grande multipare (plus de 5 accouchements) ;
    - **Espacement des naissances** : inférieur à 2 ans ou supérieur à 6 ans.
    - **MTR du 1° trimestre**
    - **Fièvre maternelle** (quelque soit la cause)
    - **IU**[Q] (PNA surtt mais aussi bactériurie asymptomatique = ds **10 % des AP**), **Infection vaginale**
    - **Diabète**[Q] (hydramnios, infections + fqtes, malformations fœtales)
    - **Gain pondéral insuffisant (< 5 kg), Taille < 150 cm**
    - **Anémie maternelle, thrombophlébite, épilepsie, trauma accidentel** (ceinture de sécurité)
    - **Iatrogène** (amniocentèse, trauma chirurgical : occlusion, appendicite aigue, …)
  - **Socio-éco**
    - **Age**[Q] **< 18, > 35 ans**
    - **Niveau S-E bas +++**
    - **Grossesse non désirée**
    - **Tabac et surtt OH**
    - **Condition de travail et professions exposées**[Q] **: station debout prolongée, durée de transport….**
    - **Travail au foyer, nbre d'enfants à charge +++**

Diagnostic positif

- **SIGNES FONCTIONNELS**

<table>
<tr><td colspan="2">❑ Tension de l'ensemble de l'utérus avec sensation de durcissement, de poussée vers le bas et de dl des fosses lombaires.</td></tr>
<tr><td>❑ Contractions utérines pathologiques
➢ CU prématurées, régulières (ttes les 5 à 10 min) de durée > 1 min, en salves douloureuses[Q]
➢ Parfois silencieuses chez certaines femmes
➢ Parfois métrorragies, écoulement de glaire associées</td><td>❑ Contractions utérines physiologiques
➢ CU st indolores, irrégulières, peu intenses. Mais lors de l'entrée en travail, CU se régularisent, deviennent + douloureuses
➢ De 1 tous les qq h au 4ième mois à 3 par h au 8ième</td></tr>
</table>

❑ **Rupture prématurée des membranes** aggrave le risque de MAP, d'infection du fœtus et d'oligoamnios
- ➢ Inaugurale ou cq des contractions
- ➢ Suspecté sur un écoulement vulvaire clair (gde quantité = rupture basse ; faible quantité = rupture haute)
- ➢ Confirmé par la positivité du Test à la DAO (Diamine oxydase) = prom test

- **EXAMEN** (Ds le cadre d'une cs prénatale systématique (diminution prématurité) ou devant ces signes fonctionnels)

❑ **Données de l'examen clinique**
- ➢ S généraux : T°C, TA, Fc, Fr
- ➢ Age de la grossesse capital ++++ pour le pronostic et la thérapeutique
- ➢ Palpation abdominale : Utérus hypertonique, Présentation (MAP => siège), HU (hydramnios ou macrosomie)
- ➢ Auscultation au stétho obstétrical : BDC fœtaux => vitalité du fœtus
- ➢ Examen au spéculum
  - Ecoulement de liquide amniotique ou metrorragie d'o.endo-utérine
  - Recherche infection cervico-vaginale à ttter => prélèvement à recherche Strepto. B stt
  - Test à la DAO si suspicion de RPM
- ➢ TV : opérateur dépendant, Il ne doit pas être répété au risque d'aggraver la menace d'accouchement prématuré.
  - MODIFICATION DU COL [Q] : consistance (ferme -> ***mou), longueur (effacement : col raccourci)***, position (post -> ***centré), dilatation de l'orifice interne/externe (1 cm -> > 5 cm),*** hauteur de la tête (***présentation haute et mobile -> amorcée -> fixée -> engagée) segment inferieur.amplié (aminci) =>*** SCORE DE BISHOP

❑ **Confirmation paraclinique de la MAP : diagnostic positif et différentiel** (Vraie Menace/Faux Travail)
- ➢ Fibronectine Foetale (FNF) : Protéine des ponts inter-cellulaires provenant du **Placenta,** sécrétée à partir de 22 SA
  - Du fait de l'accolement des Membranes **n'existe pas dans le Col avant 36 SA**
  - **En cas de MAP Avérée l**a Présence de FNF est constante dans le Col : La Présence de Fibronectine Signe la MAP+++
  - L'Absence de FNF signe le Faux travail et dispense de Traitement
- ➢ Echographie du col par voie vaginale, vessie vide (car vessie pleine => Fermeture Artificielle du COL), sans appuyer sur le col
  - Mesure de la longueur du canal endocervical
    - ⇨ **Valeur normale** du Canal Endo-Cervical : **40 à 50 mm**
    - ⇨ Si le Col > 35 mm en Tout Venant, Il n'a jamais été Observé d'Accouchement Prématuré
    - ⇨ Si le Col > 30 mm après 28 SA => Pas de MAP
  - Orifice interne
    - ⇨ doit être Fermé ou Virtuel ou s'il est Visible il ne doit pas dépasser 5 mm
    - ⇨ Manoeuvre de Pression sur le Fond Utérin peut démasquer une Béance cachée +++ (signe de l'entonnoir)
  - **Col Pathologique s'il est < 25 mm et/ou si anomalies de l'orifice interne (dilatation de l'orifice interne, ouverture en entonnoir, protrusion des membranes dans le col)**
- ➢ Ces 2 ex ont une valeur Dc équivalente (donc un seul des 2 est à réaliser) et ds ts les cas très supérieure à la clinique

❑ **Bilan**
- ➢ Biologique
  - **Infectieux : Bactério** : prélévement au niveau de l'endocol (en cas de RPM), ECBU, HAA si fièvre(avec recherche de listériose). **NFS, CRP**
  - **Préop : NFS-plaq, groupage ABO-Rh, RAI, phénotypage (si besoin), TP, TCA**
- ➢ Echo (causes, dvlppt fœtal = calcul du terme, biométries, vitalité fœtale, insertion du placenta, quantité de L.A.)
- ➢ ERCF = Rythme cardiaque fœtal (**afin de s'assurer de l'absence de contre-indication fœtale à la mise en route d'un traitement tocolytique** => anomalies du rythme cardiaque fœtal => laisser se dérouler l'AP)
- ➢ Enregistrement par tocométrie externe
  - Analyse objective de l'intensité et de la fréquence des contractions utérines.
  - Pour certains, la MAP est définie par plus de 4 contractions en 30 minutes d'enregistrement.
  - En hospit, la tocométrie externe ne doit pas être répétée trop fréquemment car elle risque de déclencher des contractions.

- **PLUSIEURS SITUATIONS POSSIBLES** (g pas trouvé de nouvelle classification avec l'écho)
  - ➢ MAP peu grave : qqs contractions, col peu modifié
  - ➢ MAP de gravité moyenne : CU fréquentes et/ou col nettement modifié
  - ➢ MAP grave: **CU régulières douloureuses, col effacé, PDE bombante, présentation engagée ou rupture de PDE**

Principes du traitement

- **PROPHYLAXIE DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE :**
  - **Surveillance prénatale**
    - **7 examens prénatals** obligatoires depuis 1992 dont le + important est celui du 3e mois
  - **Dépistage des facteurs de risques** et **prévention**
    - Repos
    - Visite Sage Femme à domicile
    - Arrêt de W
    - Cerclage du col ds béance [D]
- **CAT DEVANT UNE MAP**
  - Attitude rapide et efficace
  - Hospitalisation en service de grossesses pathologiques si menace grave ou si membranes rompues
  - Organiser le transfert in utero à proximité d'un centre de réa néonat ou de soins intensifs de niveau II ou III
  - Eviter la prématurité et ses conséquences graves => Mener la grossesse à terme ou au stade le plus proche
  - REPOS+++[D]
  - Ttt étiologique si possible[D]
  - **Moyens médicamenteux** : **la tocolyse**
    - Empéche l'accouchement par arrêt des contractions => efficacité de 85 %
    - ***ß2 mimétiques*** (les + efficaces : salbutamol[Q]) => myorelaxant via récepteur β2 (action sur β1 également),
      - CI : cardiopathies décompensée, tachycardie[D], Tbles du rythme[Q] (ACFA, ESV), HTA mal controlée[D] ou HypoTA < 90 mmHg, Diabète[D], hyperThyroidie[D], Glaucome, Placenta Praevia hémorragique (non CI si asthme[Q] ?)
      - Voie IV, orale, rectale. Jamais IM (passage trop rapide)
      - Efficacité limité ds le temps : retardent accouchement de 48 à 72 h seulement => indiqué ds les MAP sévères. Ce délai est mis à profit pr préparer le fœtus à la naissance, organiser transfert in utéro.
      - Bilan prétttiq => ECG (médico-légal), iono (hypoK+), glycémie
    - ***Sulfate de magnésium et inhibiteurs calciques (Nifédipine, Verapamil) :*** efficacité comparable au β+, peu utilisé
    - ***Progestérone[Q] :*** efficacité non prouvée en pratique, efficacité théorique, utilisé par certain
    - ***Tractocile® = Atosiban***
      - Antagoniste spécifique de l'ocytocine au niveau de ses récepteurs ds le myomètre
      - CI en cas de Placenta praevia, Hématome rétroplacentaire
      - L'efficacité de l'Atosiban est la même que les β+ mais avec très peu d'effets secondaires maternels (pas de tachycardie).
      - Administré par voie IV par bolus suivi d'une perfusion pdt 3h puis à la SE pdt au moins 45 h (ttt de 48h)
    - ***Anti prostaglandines = En cas de CI aux ß-mimétiques :*** (Indocid ® [Q]++++ ; Profenid, Aspirine[Q])
      - Effets 2ndaires +++ : Fermeture prématurée du canal arteriel, HTAP, réduit diurèse => oligoamnios : au max prescrit par voie rectale pdt 8 j
      - Ils ne st pas indiqués ds les MAP sévères avec risque de naissance imminente car leurs effets se prolongent pdt 8 premiers jours de la periode néonatale.
  - **Préparation du fœtus à la naissance :**
    - ***Corticoïdes*** :Avt la 32e (34?) SA pour accélérer la maturation pulmonaire[D] (hors CI : infection maternelle ou fœtale) pdt 72 h au moins, diminue également le risque d'hémorragie intraventriculaire (efficacité immédiate ++++) et d'ECUN
    - ***TRH*** : accélère maturation pulmonaire entre 24 et 30 SA
    - ***Amélioration de l'hémostase fœtale*** : vit. K per os à la mère
  - **Indications**
    - **Menace grave avec rupture des membranes =>** repos strict au lit (risque de procidence du cordon)
      - Terme < 34 SA + pas d' infection : tocolyse si contractions + maturation pulm
      - Terme > 34 SA => Accouchement car le risque d'infection prime sur celui de détresse respi
      - Autres situations : décision au cas par cas (accouchement, abandon fœtal…)
    - **Menace grave sans rupture**
      - Hospitaliser ; traiter rapidement: tocolyse jusqu'à la 37e SA par tractocile ou β+, corticoides, ttt de la cause ; repos au lit
    - **Menace modérée** :
      - <u>traitement ambulatoire ou courte hospitalisation</u> (à poursuivre jusqu à la 37e SA, sf si intolérance) = β mim. IV puis per os + surveillance à domicile par sage-femmes, arret de travail, aide ménagère, arret rapports sexuels.
    - **Menace légère si Mb non rompues**
      - Repos à domicile+++ , echoG à J8, surv à domicile / sage-femmes, Arret de travail, Aide ménagère, Arret rapports sexuels.
    - **Abstention si**
      - MFIU (mort fœtale in utero)
      - Dilatation cervicale trop avancée (> à 3 cm)
      - Risque maternel grave

Rq : **une MAP précoce (1° trim.) = menace de FCS ⇒ abstention thérapeutique.** [Q]

Source : Fiches Rev Prat, poly fac, conference IPESUD, KB d'Obstétrique, RDP, QCM Intest 2000 ; 1 Dossier Intest